LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : La syphilis dans l'armée anglaise, au Portugal en 1812, aux Indes en 1896, par M. le Dr F. Buret, p. 305. — **Pharmacologie** : Sur quelques remèdes de la pharmacopée chinoise, par M. le Dr Jullien, p. 308. — **Électrothérapie** : L'effluve statique induit dans les ulcérations scrofulo-tuberculeuses de la peau, par le Dr Albert-Weil, p. 308 — **Bibliographie** : Le rhume des foins, p. 310. — Tableaux synoptiques de l'analyse des urines et des dépôts urinaires, p. 310. — **Revue de la presse** : Sur la valeur thérapeutique de l'urée, p. 310. — **Académie des sciences** : *Séance du 8 mai* 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem. — Procédé pour la mesure rapide de la dimension de petits objets, indépendamment de leur distance. Application à la pupillométrie et à la laryngométrie. Illusion due au sens musculaire, dans l'appréciation de la grandeur des objets, p. 311. — Physiologie pathologique de la grossesse, p. 312. — **Académie de médecine** : *Séance du 16 mai* 1899. — *Présidence de* M. Panas, p. 313. — Myopie scolaire, p. 313. — Plaie pénétrante de poitrine par armes à feu, épanchement de sang, traitement par l'immobilité absolue, la diète et les injections de sérum artificiel, p. 313. — L'évolution dentaire chez les nourrissons, p. 314. — Malformation de l'appareil génital de la femme, p. 314. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 11 mai.* — *Présidence de* M. Raymond. — Abcès sous-phrénique, p. 314. — Pneumonie du sommet, méningite cérébro-spinale, guérison, p. 315. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 13 mai* 1899. *Présidence de* M. Jullien, p. 315. — **Société obstétricale de France** : 7e *session tenue à Paris les 6, 7 et 8 avril (suite et fin).* — Considérations sur le bassin du nouveau-né, p. 316, etc. — **Société de chirurgie** : *Séance du 10 mai* 1899. — *Présidence de* M. Pozzi, p. 318. — Traitement de la tuberculose testiculaire, p. 318. — Fracture de la clavicule avec cal difforme et troubles de compression ; résection du cal et suture osseuse, p. 318. — Gastro-entérostomie pour une tumeur de l'estomac aujourd'hui disparue, p. 318. — *Séance du 17 mai* 1899. — *Présidence de* M. Pozzi. — Traitement de la tuberculose testiculaire, p. 318. — Un cas de kyste hydatique du foie traité par le capitonnage et la fermeture sans drainage, p. 319. — Traitement des hémorrhoïdes, p. 319. — Rupture du tendon tricipital ; suture du tendon, p. 319. — Epithélioma du nez ; ablation ; guérison, p. 319. — **Nouvelles**, p. 319.

SYPHILIGRAPHIE

La syphilis dans l'armée anglaise, au Portugal en 1812, aux Indes en 1896 (1),

Par M. le Dr F. Buret.

Le travail de M. Ogilvie, dont vous m'avez confié l'analyse, est une étude sur l'état sanitaire des troupes britanniques au point de vue très spécial des affections vénériennes. L'auteur se borne même à la syphilis, et, établissant un parallèle entre la façon dont se comporta cette affection dans le corps expéditionnaire du Portugal en 1812 et celui des Indes en 1896, il en tire des déductions que je vous exposerai tout à l'heure.

William Fergusson, dit notre correspondant londonien, informa la Société médico-chirurgicale de Londres, dans une lettre datée d'Evora, 30 avril 1812, que le mal vénérien était infiniment plus bénin chez les habitants du pays que chez les Anglais ; qu'au début, le mal était curable sans mercure à la première période ; que les accidents constitutionnels disparaissaient avec un traitement mercuriel très court ou même sans traitement, et que l'atténuation de la maladie était due à ce fait qu'on lui avait laissé suivre son cours sans l'entraver par l'action de l'hydrargyre. Cette doctrine a non seulement produit une impression considérable en Angleterre, mais elle a été acceptée comme chose établie dans beaucoup d'ouvrages classiques anglais et étrangers jusque dans ces dernières années. M. Ogilvie s'est efforcé de démontrer tout récemment, dans une analyse critique de la lettre de Fergusson (1), que ce dernier n'a jamais prouvé que le mal vénérien ait été enrayé au Portugal au commencement de ce siècle, ni que la décroissance, en admettant qu'elle ait existé, ait été due à cette circonstance heureuse que la maladie se serait éteinte d'elle-même. Toutefois, dans une communication ultérieure sur le même sujet, écrite en 1843, on constate que Fergusson a complètement changé de façon de voir, et ce fait semble avoir échappé à tous ceux qui ont écrit depuis sur cette matière. Le seul auteur qui en fasse mention est Proksch, le savant historiographe des affections vénériennes. Comme la question est importante et a donné lieu à nombre d'assertions erronées, M. Ogilvie a cru, et à juste titre, devoir remettre les choses au point et dégager la vérité.

Sous le nom de maladie vénérienne, Fergusson, d'accord en cela avec l'enseignement de son époque, comprenait tous les chancres d'origine vénérienne et les accidents constitutionnels consécutifs. A vrai dire, il laissait de côté la blennorrhagie, mais il ne faisait aucune distinction entre les deux espèces de chancres, qu'ils fussent énormes ou insignifiants, infectants ou non infectants, pas plus qu'entre les cas syphilitiques ou non syphilitiques. Lorsqu'il alla au Portugal, il eut pour la première fois l'occasion d'observer la marche de ces affections chez une population qui ne faisait qu'un usage très modéré du mercure.

D'après son rapport, l'hydrargyre n'était jamais employé contre les accidents primitifs, c'est-à-dire les ulcères et bubons, mais seulement en solutions et en gargarismes à la période secondaire ; le traitement interne était réservé pour les manifestations osseuses, lorsqu'il s'agissait de poursuivre la maladie jusque dans ses derniers retranchements. En dehors de cet usage limité du

(1) Analyse faite devant la Société de médecine de Paris d'un travail du Dr George Ogilvie, de Londres.

(1) *Lancet*, 5 mars 1898, p. 674-676.

mercure, le traitement consistait en plantes antisyphilitiques, notamment le gaïac, en bains chauds et autres diaphorétiques. D'après Fergusson, les malades, toutes proportions gardées, se rétablissaient aussi vite qu'auraient pu le faire des pensionnaires d'un hôpital anglais traités par le mercure et dans les circonstances les plus favorables.

D'un autre côté, les soldats anglais observés par Fergusson n'en ont pas tous été quittes à si bon compte. Non seulement, comme il l'a dit lui-même, « l'ulcère vénérien fut plus réfractaire à l'action du mercure qu'il ne l'eût été en Angleterre, dans des circonstances analogues ; non seulement il est probable que, durant les quatre ans que l'armée anglaise passa au Portugal, un plus grand nombre d'hommes eurent à souffrir des désordres de cette maladie qu'on n'en pourrait retrouver sur les registres de tous les hôpitaux anglais du siècle dernier, mais encore la constitution, bien que sous l'influence du traitement, fut atteinte par les accidents secondaires avec une intensité qui dépassa les prévisions ».

La lettre de Fergusson ne donne pas une description détaillée du traitement adopté par les chirurgiens anglais, mais on peut s'en faire une idée très nette par sa dernière communication. Il dit en propres termes que, même les simples végétations des parties génitales étaient considérées comme un signe certain de syphilis et traitées, ainsi que les bubons et la scrofule, par une mercurialisation de six semaines, poussée jusqu'à la salivation, jusqu'à ce que le malade, épuisé par l'hydrargyrisme, sa scrofule ou le phagédénisme, eût fini par succomber. Le mot d'ordre était le mercure *intus et extra*, tant qu'il y avait un souffle de vie. Malgré les résultats désastreux de cette thérapeutique, malgré l'hécatombe des malades qui expiraient sous leurs yeux, ils n'en restaient pas moins convaincus qu'ils les avaient traités selon les règles de l'art et sans contestation possible. Fergusson déclare qu'il est impossible de décrire l'étonnement qui résulta de la comparaison entre l'état des soldats anglais, saturés de mercure, et celui des troupes indigènes qui n'en avaient pas absorbé un atome. Et il se demande, dans sa lettre, comment il a pu vivre si longtemps dans une pareille erreur.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que Fergusson eût été un fanatique de l'anti-mercurialisme ; au contraire, il resta jusqu'à la fin partisan déclaré de l'hydrargyre, bien qu'on se soit plu — à tort — à le représenter comme un adversaire du traitement mercuriel. Il condamnait l'abus et non l'usage de ce métal ; c'est de là que vient l'erreur. Jamais il ne soutint cette théorie absurde que le mercure doit être rayé de l'arsenal thérapeutique parce qu'il est prouvé qu'un certain nombre de syphilitiques peuvent guérir sans lui. En résumé, il le considérait comme le meilleur remède qui ait été découvert. « Si, dit-il, le fait d'administrer le mercure avec prudence, en se conformant aux indications particulières de chaque tempérament, d'éviter la salivation et de suspendre la médication au moment précis où elle deviendrait nuisible, est appelé de l'anti-mercurialisme, on peut dire alors que, dès à présent, il n'y a plus de mercurialistes ». D'après Fergusson, le véritable anti-mercurialiste qui repousse le mercure, le seul spécifique reconnu, est un fanatique au même titre que celui qui mercurialise jusqu'à ce que mort s'ensuive. Et il ne comprenait pas pourquoi on n'emploierait pas le mercure pour tous les accidents syphilitiques, qu'ils fussent primitifs ou secondaires.

Un grand nombre de témoins impartiaux — parmi lesquels se trouvent des ennemis du mercure, ont relaté l'abus qu'on faisait de ce médicament, du temps de Fergusson. L'auteur en cite deux, Thomas Rose et Carmichaël. Ce dernier, bien que parfaitement convaincu de la valeur thérapeutique du mercure, dit qu'on l'employa longtemps, plutôt pour anéantir que pour relever l'espèce humaine. Rose affirme qu'à l'époque où il commença ses études thérapeutiques, tous les vénériens, même épuisés ou débiles, étaient indistinctement « passés par le mercure à plusieurs reprises », ce qui aboutissait invariablement à la mort du patient. D'après Carmichaël, plus le chancre était large, plus on forçait la dose de l'infaillible spécifique ». Pendant la guerre de la Péninsule, l'armée anglaise avait un corps d'officiers de santé imbus de ces doctrines ; l'ordre était d'employer le mercure à toutes les phases de la syphilis et ceux des médecins militaires qui osaient laisser voir moins de fanatisme relativement au traitement mercuriel étaient punis. Avec un tel état de choses, on peut se figurer ce que fut ce traitement. Ne nous étonnons pas alors que les Portugais aient considéré la façon de faire anglaise « avec horreur et stupéfaction », et qu'ils aient regardé le mercure comme un « poison dont les étrangers usaient comme des fous ».

Nous trouvons donc d'un côté un certain nombre de vénériens, syphilitiques et autres, traités de différentes façons, qui n'allaient pas trop mal ; de l'autre, une quantité approximativement égale de vénériens mercurialisés à outrance et mis dans un état lamentable. La proportion des cas syphilitiques et des non-syphilitiques n'a jamais été déterminée. La conclusion toute naturelle fut que le traitement dans les hôpitaux anglais fut pire que l'abstention portugaise, pire en tous cas que la maladie, conclusion que les Portugais ne furent pas longs à tirer.

Fergusson, toutefois, autant à cause de la facilité avec laquelle guérissaient les Portugais que de l'analogie de cette affection avec la variole, en conclut que la syphilis était épuisée au Portugal et avait perdu beaucoup de sa virulence, hypothèse qui n'était nullement vérifiée par les faits. Puis il prétend plus tard que ce virus épuisé, inoculé aux Anglais, retrouvait sa virulence et était alors justiciable d'une forte imprégnation de la panacée.

Nous avons donné jusqu'ici une traduction presque

littérale de la publication de M. Ogilvie, mais nous ne devons pas oublier que, malgré l'importance de ce travail, force nous est de nous borner à une analyse et que nous ne pouvons, faute de temps et de place dans notre bulletin, suivre notre correspondant pas à pas dans tous ses intéressants développements. Ce qui ressort de la relation qu'on vient de lire, c'est que la théorie de l'extinction de la syphilis dans la Péninsule, théorie chère à Fergusson, n'était qu'une vue de l'esprit, reposant sur des faits mal interprétés. S'il avait pu comprendre que les soldats anglais étaient plus malades de l'hydrargyrisme auquel on les condamnait, et dont ils mouraient presque tous, que de leur syphilis — pour ceux qui l'avaient — il aurait tenu la clef du problème, à savoir que les vénériens simples, blennorrhagiques ou chancrelleux, guérissaient avec des soins locaux ; et que les syphilitiques véritables, qui n'étaient pas tous gravement atteints, pouvaient être très sérieusement améliorés par ces mêmes soins, dans de notables proportions, du moment où on ne les empoisonnait pas sous prétexte de traitement.

Que les soldats portugais aient regardé avec indifférence des accidents moins sérieux et des ulcères qui faisaient frémir Fergusson, cela prouve leur apathie et non la bénignité spéciale de l'affection. L'auteur démontre, avec citations à l'appui, que Fergusson n'avait aucune raison sérieuse pour affirmer que la syphilis eût été, en quoi que ce soit, moins sévère à cette époque pour les habitants du Portugal que pour les soldats anglais.

M. Ogilvie compare ensuite les relations de différents auteurs du temps, tels que Rose, Guthrie, Robertson, Huber, Wallace, etc.,qui concordent absolument, à savoir que la syphilis présentait les mêmes symptômes, sévères et atténués, aussi bien au Portugal et en Espagne qu'en Angleterre, et que les indigènes de la Péninsule ne jouissaient d'aucune immunité particulière à cet égard. Et il en est encore de même de nos jours.

Si l'on jette un coup d'œil sur les statistiques relatives à l'extension des affections vénériennes dans les armées d'Europe, on voit que la Grande-Bretagne figure depuis longtemps en tête de la liste. De 1860 à 1869, elle compte pour 23,6 0/0 et la France pour 10,6 0/0. De 1870 à 1879, on trouve 12,4 0/0 en Angleterrre, 8,5 en France.

L'auteur, parlant ensuite du rapport envoyé l'année dernière au Collège des médecins, examine l'état sanitaire des troupes anglaises dans les Indes en 1896. Ce rapport, émanant de l'hopital Netley, constate que la syphilis augmenta dans des proportions considérables dans le corps expéditionnaire et que le mal revêtit une forme des plus malignes et des plus virulentes.

La recrudescence, dit M. Ogilvie, pourrait peut-être s'expliquer par l'abolition des fameux *Actes* concernant les maladies contagieuses, mais cette mesure ne peut être invoquée comme étant la seule excuse de la virulence et de la malignité des cas observés. Les malades étaient dans un état épouvantable, à ce point que la plupart n'étaient même pas transportables et que leurs parents et amis refusaient de les recevoir. « La mort était leur seule ressource, mettant fin à leurs souffrances ».

D'après le rapport officiel, les malades étaient tous des hommes jeunes, presque des adolescents : sur 263 syphilitiques soignés à l'hopital en janvier 1897, pas un n'avait atteint 25 ans ; aucun d'eux n'avait eu la syphilis avant son entrée au service. Le chirurgien-major Whitehead donne une description lamentable de l'état de ces malheureux. Couverts de chancres, de plaies suppurantes, répandant une odeur nauséabonde, émaciés, défigurés, à peine reconnaissables pour leurs proches, ils étaient des objets de pitié et de dégoût.

On peut rapprocher cette description de celle de Fergusson en 1812 ; on y trouvera une ressemblance frappante. On a vu que le fléau avait été dû, au Portugal, à la thérapeutique adoptée. Aussi peut-on, comme le *British medical Journal*, poser cette question : « La syphilis est-elle sérieusement soignée au régiment? » En effet, tout dépend du traitement, mais le mot « traitement » doit être entendu dans le sens le plus large et consiste non seulement dans la façon d'employer le mercure et d'en mesurer les doses selon le cas et le tempérament de chacun, mais encore dans les adjuvants et notamment les mesures hygiéniques et même préventives.

Nous venons de voir qu'il y a une très grande analogie entre l'état des troupes anglaises au Portugal en 1812 et aux Indes en 1896, selon le rapport officiel. Fergusson lui-même — chose dont on n'a pas tenu compte en général — a révélé plus tard la cause de la triste expérience faite au Portugal, c'est-à-dire la thérapeutique imprudente qui y fut suivie. Avec une bonne foi qui l'honore, il signala ce fait en 1843 dans une de ses publications. Dans l'Inde, les causes premières furent similaires en ce sens que le traitement a été également défectueux. Au Portugal, abus de mercure ; aux Indes, défaut de mesures préventives et d'hygiène. C'est sur ce point que l'attention de la Commission d'enquête aurait dû être dirigée. On ne peut guère incriminer l'abolition des *Actes* dans l'Inde ; peut-être cette mesure a-t-elle causé l'extension rapide de la maladie et la multiplication des cas de contagion, mais elle n'explique guère l'extrême malignité du virus, malignité dont il est impossible de trouver un exemple équivalent dans n'importe quel hôpital de l'Europe entière. Il y a là une cause qui nous échappe : un supplément d'information et une enquête plus minutieuse sur la thérapeutique employée pourraient seuls donner la clef du problème.

Telles sont les conclusions de notre savant correspondant londonien. Cette intéressante étude sur deux épidémies de syphilis maligne dans l'armée anglaise, survenues à deux époques et dans deux contrées très

différentes, nous fait voir qu'il faut toujours compter avec la syphilis qui est loin d'être en décroissance. Elle est ce qu'elle a toujours été, une entité morbide très complexe, revêtant une allure calme en temps ordinaire, mais sujette à des réveils terribles sous des influences difficiles à expliquer. Les grandes épidémies du moyen-âge, celle du XV^e^ siècle notamment, où les malades souffrirent aussi de l'abus de l'hydrargyre et de la mauvaise hygiène, en sont la meilleure preuve ; la vérole n'est pas plus née au siège de Naples que pendant l'expédition du Portugal en 1812 ou celle des Indes en 1896 où le tableau fut identique : elle est contemporaine des premiers âges et tout porte à croire qu'elle fera longtemps encore l'ornement des nations civilisées.

PHARMACOLOGIE

Sur quelques remèdes de la pharmacopée chinoise (1),

Par M. le Dr JULLIEN.

Un de mes amis, M. Louis Vossion, consul de France, revenant de Honolulu et faisant escale à San Francisco, entra dans une pharmacie du quartier chinois et se fit délivrer quelques-uns des médicaments les plus en vogue. C'est à son obligeance que je dois de vous présenter aujourd'hui les petits paquets suivants :

Le premier paquet contient le spécifique contre la gonorrhée. Il porte une inscription en caractères chinois *Sen mei Zyntn Yaku*, qu'un obligeant Chinois de Paris a bien voulu me traduire ainsi : *remède composé de clarté*, destiné à clarifier. Il s'agit d'animaux séchés et dont il faut faire une décoction; ces animaux appartiennent à la classe des *myriapodes* et représentent avec quelque variante la *scolopendra morsitans* ou *scolopendra norreda* (ordre des *chélopodes*). Cet insecte dont on trouve un diminutif en Provence est, comme on le sait, armé d'une paire de forcipules en rapport avec un appareil à venin fort redoutable. Leur piqûre est douloureuse et redoutée à l'égal de celle du scorpion. Douleur et fièvre en sont la conséquence, et l'on a cité des cas de mort.

Le deuxième paquet renferme un tonique excellent et à la fois fébrifuge. L'étiquette porte *Saï Seï tô, il faut sauver la vie*. Ce sont des lézards séchés à prendre en infusion. J'ouvre le *Traité de Zoologie médical* de R. Beauchard, et j'y lis tome II, page 729. « L'ancienne médecine faisait usage des lézards. On choisit, dit Lemery, les mieux nourris, raisonnablement gros, de couleur verte, ils contiennent beaucoup d'huile ou de sel volatil. Ils sont propres pour digérer, pour résoudre, pour ouvrir les pores, pour fortifier les parties, pour faire croître les cheveux. On ne s'en sert qu'extérieurement. » Ambroise Paré n'écrivait-il pas : « Le lézard vert est ennemi juré et capital du serpent, et grand ami de l'homme. »

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

3° Voici maintenant un remède qui s'adresse aux ophtalmies. C'est l'insecte nocturne connu sous le nom peu sympathique de *blatte* ou *cancrelat*, *Blatta lapponica*, *periplaneta orientalis*. Le papier qui l'enveloppe ne porte pas d'inscription chinoise. Je rappelle que l'ancienne médecine employait les blattes infusées dans l'huile ; récemment on les a conseillées comme diurétiques (*Journ. de thérap.*, 1879, 475 et Stan. Martin, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 août 1880).

4° Enfin l'*hippocampe* ou *cheval de mer* ou *syngnathus* que renferme le dernier pli et sur lequel s'étale à dem effacée une inscription chinoise incompréhensible *Zi o tin*, *champignon jade colonne*, est, paraît-il, fort recherché pour guérir les dyspepsies.

Telles sont les curiosités thérapeutiques que je tenais à présenter à la Société de Médecine de Paris. En même temps qu'une excursion dans cet Extrême-Orient, si mystérieux encore, elles nous font faire un retour vers notre passé thérapeutique. C'était le temps où le bon Paré exposait que « les bêtes ont certaines amitiés et inimitiés, non seulement estant en vie, mais aussi après leur mort, par une occulte et secrète propriété », c'était le règne des remèdes animaux et des simples. Nous vivons aujourd'hui sous celui des alcaloïdes et des synthèses de laboratoire. Nous avons foi dans les triméthyl, para-sulfo, benzométhyl, etc., mais nous ne devons pas oublier que nos anciens croyaient non moins ardemment à la vertu des vipères comme les Chinois croient aujourd'hui à l'efficacité des cancrelats.

ÉLECTROTHÉRAPIE

L'effluve statique induit dans les ulcérations scrofulo-tuberculeuses de la peau (1),

Par le Dr ALBERT-WEIL.
licencié ès-sciences.

Je vous ai déjà entretenu de l'effluve statique induit dont les conditions ont été précisées par moi dans trois notes, l'une à l'Académie de médecine le 19 mai 1898, l'autre à la Société française d'électrothérapie le 14 avril 1898 et la troisième ici même le 28 janvier 1899.

L'efffuve statique induit que j'utilise dans certaines affections de la peau et dans les inflammations des premières voies génitales est l'effluve qui se dégage de la *chaîne du condensateur suspendu au pôle négatif* d'une machine statique, quand l'étincelle éclate entre les boules polaires et que la chaîne de l'autre condensateur est en contact avec la terre.

J'ai introduit cet effluve dans la thérapeutique en employant soit une électrode terminée par des pointes métalliques ou des balais de clinquant, soit l'électrode à manchon de verre qui sert à l'application des courants à haute fréquence de M. d'Arsonval dont la tension a été élevée à l'aide du résonnateur.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

Dans ma communication à l'Académie de médecine, l'an dernier, j'annonçais la guérison d'une dermatite iodoformée de l'avant-bras, d'une acné miliaire des parties latérales du cou, d'un zona intercostal et de deux eczémas. Depuis lors, j'ai continué l'emploi de ce mode de traitement, et il est dans mes intentions de publier intégralement mes observations quand j'aurai augmenté leur nombre.

Je voudrais aujourd'hui vous montrer une malade en cours de traitement : l'état de ses lésions montre un processus nettement réparateur ; aussi j'espère vous la représenter dans peu de temps complétement guérie, ce qui vous permettra de juger de l'efficacité de ma méthode thérapeutique.

Mme C... est âgée de 31 ans ; elle a été réglée à 16 ans, a eu quatre enfants, à 24, à 27, 28 et 29 ans.

Dans son enfance elle n'a souvenir que d'une seule maladie aiguë, la rougeole. Mais elle a toujours été strumeuse et elle ne se rappelle pas ne pas avoir eu quelque grosseur au cou. Vers l'âge de huit ans ces glandes ont commencé à suppurer ; et de cette suppuration il reste deux cicatrices, l'une sur la partie latérale du cou à droite et l'autre devant l'oreille à la racine des cheveux à gauche. Depuis l'âge de 15 ans, comme suite à une suppuration ganglionnaire, Mme C... présente sur la partie latérale gauche du cou, immédiatement au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, et devant l'oreille sur la branche montante de ce maxillaire une infiltration rouge de la peau recouverte de croûtes épaisses qui se fendillaient quelquefois en même temps qu'un suintement puriforme se produisait.

Au mois de juin 1898, à la suite d'une poussée aiguë d'adénite, les croûtes de la lésion sous-maxillaire tombèrent, et il se produisit trois ulcérations qui secrétèrent abondamment un pus verdâtre. La malade essaya inutilement plusieurs pommades ; les ulcérations ne faisaient qu'augmenter quand elle vint me consulter le 17 avril dernier.

Elle présentait à ce moment l'état suivant :

Devant l'oreille gauche, au niveau du tragus, on voyait une croûte épaisse de la largeur d'une pièce de deux francs, entourée d'une aréole rouge, enflammée, recouverte d'un épiderme fendillé.

Sous le bord inférieur du maxillaire, de l'angle à la ligne médiane du cou, sur un fond rouge, se trouvaient trois ulcérations : les deux extrêmes larges comme une pièce d'un franc ; l'intermédiaire comme une pièce de cinquante centimes ; ulcérations sales parsemées de petits orifices surmontés de petites gouttelettes de pus. Les produits éliminés étaient en grande quantité, si bien que les linges qui recouvraient les plaies se salissaient. Toute la région était le siège d'un prurit des plus violents ; aussi la nuit la malade se grattait-elle souvent, et augmentait par ce fait les lésions.

Le 18 avril je fais une première séance d'effluvation de dix minutes environ, avec l'électrode à manchon de verre. La malade non isolée est placée devant la machine et j'applique tantôt l'électrode sur la peau, tantôt à une certaine distance, faisant éclater ainsi un grand nombre de fines étincelles entre la peau et le manchon. Le 19 je refais la même opération.

Dès la première séance le prurit a été moins violent et à la troisième, le 20, la malade m'annonce qu'il a complétement cessé ; depuis lors du reste il n'a pas reparu.

21 *avril*. — A la quatrième séance, la suppuration a diminué considérablement et la peau devient moins rouge.

Le 22. — La plaie la plus basse, située près de la ligne médiane du cou, est sèche et recouverte d'une mince pellicule ; les deux autres sont presque cicatrisées — la croûte préauriculaire va tomber. Effluvation comme à l'habitude.

Le 24-25-26. — Effluvations.

Le 27. — La croûte de l'infiltration au niveau du tragus est tombée ; les lésions sous-maxillaires sont sèches, sauf la petite ulcération intermédiaire qui est encore comme une pièce de vingt centimes. Effluvations.

Le 28. — Après la chute de la croûte préauriculaire, il s'est formé une ulcération ovalaire à fond bourgeonnant, qui suppure beaucoup. Je produis une pluie d'étincelles très fines sur cette lésion ; la réaction est encore plus vive que les jours précédents, quand je n'usais que de l'effluvation simple ; et la peau rougit très fortement, au point de devenir grenat foncé.

Les 29 *avril*, 1*er*, 2, 3, 4 et 5 *mai*. — Effluvations et étincelles. Le 5 mai, les plaies sous-maxillaires sont cicatrisées ; la peau reste encore rouge et recouverte par place de fines écailles.

Les 6, 8, 9 et 10. — Effluvations et pluie d'étincelles. La plaie de l'oreille se rétrécit ; et un épiderme sain progresse de la périphérie au centre formant un liséré blanchâtre sur le fond rouge de la lésion.

Le 12. — L'infiltration sous-maxillaire a beaucoup pâli et quelques lamelles épidermiques se détachent. La plaie préauriculaire a encore diminué et présente un aspect propre. Je fais une nouvelle effluvation et même je fais jaillir — comme je l'avais déjà fait deux fois — des étincelles directement sur la place avec une pointe métallique.

Il est à remarquer que même l'effluvation devient moins supportable comme si l'augment de la sensibilité allait de pair avec la cicatrisation de la peau.

C'est ainsi que je vous présente la malade. La plaie préauriculaire montre bien la marche de la réparation. J'espère qu'en continuant la même thérapeutique la peau de la région sous-maxillaire gauche va reprendre son aspect normal, et que la guérison ne saurait tarder.

En tous cas, je tiens à faire remarquer dès aujourd'hui que jamais depuis plusieurs années la malade n'a été en si bon état qu'actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

Le rhume des foins, par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

Depuis une dizaine d'années, M. Garel a recueilli 68 observations de rhume des foins et 91 observations de coryza spasmodique apériodique ; il a rapproché les deux affections en raison des analogies étroites qui existent entre elles. C'est d'après ces observations que l'auteur nous présente un tableau d'ensemble sur une question qui a été l'objet de nombreuses théories. Longtemps rejeté en France, le rhume des foins a été décrit par des médecins atteints eux-mêmes d'un coryza périodique. M. Garel s'est attaché dans cette monographie à identifier les deux formes de coryza, l'un le coryza périodique survenant à des époques régulières qui peuvent varier pour chaque pays, suivant l'époque de l'apparition de la cause irritante et le coryza apériodique soumis à une influence extérieure irrégulière dans son apparition. Le coryza spasmodique, d'après la définition de M. Garel, est une affection oculo-naso-bronchique paroxystique, due à une ou plusieurs causes irritantes extérieures, agissant sur une muqueuse à sensibilité idiosyncrasique, chez des sujets névropathes ou goutteux. L'asthme des foins n'est qu'une variété du coryza spasmodique, dont la cause irritante extérieure provient du pollen des plantes. Après avoir fait l'historique de l'affection, l'auteur passe en revue les divers éléments étiologiques, concernant les races, l'âge, le sexe, l'hérédité, les antécédents personnels, la fréquence de l'asthme des foins suivant les années, les professions, les résidences, les causes extérieures déterminantes. Abordant la symptomatologie, M. Garel montre le rapprochement qu'on peut faire entre le coryza spasmodique apériodique et l'Hay fever, puis il examine les théories émises sur la maladie et qui se rattachent aux conditions météorologiques, à l'action du pollen, des microorganismes, à l'existence des lésions nasales, du terrain neuro-arthritique, enfin il s'étend utilement sur le traitement de l'affection.

En résumé, les deux variétés de coryza ne diffèrent que par la nature de l'agent irritant extérieur qui détermine l'accès. Toutes deux peuvent se compliquer de crises d'asthme s'ajoutant aux troubles de la muqueuse nasale. Trois facteurs interviennent dans la pathogénie de l'asthme des foins; un terrain prédisposé par le neuro-arthritisme qui rend les centres nerveux particulièrement susceptibles; l'hyperexcitabilité réflexe exagérée de la muqueuse nasale, enfin un agent irritant extérieur qui détermine les accès. Le traitement s'adressant à ces trois facteurs est préventif, curatif ou palliatif et prophylactique. Mais les résultats positifs ne peuvent être donnés que par le traitement chirurgical qui supprime les zones sensibles de la pituitaire.

L. J.

Tableaux synoptiques dans l'analyse des urines et des dépôts urinaires, par J. DREVET, pharmacien de 1re classe, avec 7 planches comprenant 17 figures. Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

M. Drevet a eu l'idée de réunir sous forme de tableaux synoptiques les faits précis, pratiques, concernant l'analyse des urines, écartant ainsi toutes les discussions qui obscurcissent souvent les recherches et sont une cause de perte de temps. La plupart des ouvrages d'urologie ont la prétention d'être complets; pour cette cause ils sont volumineux, et le praticien qui les consulte s'embrouillant dans certains procédés d'analyse plus ou moins classiques, finit par reconnaître que leur lecture prend beaucoup de temps sans grand profit et les range tranquillement dans sa bibliothèque, attendant l'occasion de plus longs loisirs pour les reprendre.

Dans la pratique, le luxe des procédés est inutile, ce qui est nécessaire c'est la connaissance de quelques procédés bien sûrs, d'une conduite facile et rapide. L'ouvrage de M. Drevet répond à ce désidératum de la pratique. Il nous indique sommairement les instruments nécessaires, les réactifs divers couramment employés, puis les caractères généraux de l'urine, ses éléments normaux et anormaux et passe en revue les dosages de tous ces éléments. Ces indications sont données sous forme de tableaux faciles à lire et évitant toute perte de temps. Nous sommes convaincus du succès de cet ouvrage auprès des médecins et des pharmaciens.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Sur la valeur thérapeutique de l'urée, par STEINBERG (*Deutsche med. Zeit*, n° 32). — L'urée, l'élément le plus important de l'urine humaine, a été considérée autrefois comme la cause de phénomènes morbides et a servi à édifier la théorie de l'urémie lorsqu'un jour elle a acquis une valeur thérapeutique. L'homme élimine par jour une quantité d'urée qui varie de 20 à 40 grammes, les enfants qui ont des échanges nutritifs plus actifs éliminent relativement plus d'urée que l'adulte. L'action diurétique de l'urée a d'abord été établie par Husemann sur les animaux ; puis Friedrich de Budapest confirma cette action en établissant que l'urée augmente la pression sanguine et excite directement l'épithélium rénal. Mais c'est surtout Klemperer qui a introduit ce nouveau diurétique dans la thérapeutique. Il l'a employé dans la cirrhose du foie, la pleurésie, les affections cardiaques avec hydropisies et dans tous les cas il a obtenu le résultat qu'il cherchait : faire disparaître les épanchements en augmentant la diurèse. L'urée lui a rendu des services surtout dans les cas d'ascite qui n'avaient pas encore été ponctionnés. Klemperer a cru devoir recommander l'urée avant la ponction qui peut amener le collapsus car-

diaque par l'anémie du bulbe et des hémorrhagies par suite de la rupture de vaisseaux abdominaux.

Mais l'urée n'a donné aucun résultat dans le mal de Bright, ni dans l'hydropisie ou l'ascite d'origine rénale, ce qui s'explique par ce fait démontré par l'expérimentation, à savoir que l'urée excite directement l'épithélium rénal compromis dans le mal de Bright.

Klemperer prescrit :

Urée pure. . . . 10 à 20 grammes.
Eau . . . . . 200 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Le goût désagréable se corrige par le lait ou l'eau de Seltz.

Dans un cas, un malade à pris 920 grammes d'urée en 65 jours. Bettmann n'a jamais observé d'accidents d'urémie en donnant jusqu'à 600 grammes d'urée, tout au plus s'est-il produit de la diarrhée, ce qui a été une circonstance plutôt favorable. Toutefois il n'a pas constaté l'action franchement diurétique annoncée par Klemperer.

Une autre propriété de l'urée, qui a été découverte par Rudel, est celle de dissoudre l'acide urique. Il faut 14 à 15.000 parties d'eau à 20° pour dissoudre une partie d'acide urique; or l'urine, grâce à la présence de l'urée, dissout une plus forte proportion d'acide urique (0,50 pour 1,500 gr. d'urine) que l'eau pure. Aussi Rosenfeld a-t-il recommandé l'urée ou le carbonate d'ammoniaque dans la diathèse urique ; il le donne dans la glycérine. Pour la même raison, V. Mering a recommandé le régime carné abondant, mais Klemperer préfère l'urée en nature. Sous le rapport du pouvoir décolorant de l'urée sur l'acide urique, l'urée dépasse de plusieurs fois les préparations de lithine et même les préparations modernes comme la piperazine, la lysidine, etc., dans la lithiase rénale, car il dissout non seulement l'acide urique, mais stimule encore la diurèse.

Klemperer prescrit une solution d'urée à 5 p. 100 dans la lithiase rénale, une cuillerée toutes les cinq heures. Mais dans la goutte il ne conseille pas l'urée, car les causes de cette maladie sont tout à fait différentes. Nulle part mieux qu'ici les transformations dans la thérapeutique n'ont été plus rapides dans une direction opposée à celle que l'on suivait. Jusqu'à il y a peu de temps on ne reconnaissait de valeur qu'au régime végétal dans le traitement de la lithiase rénale et du rein goutteux. Pour diminuer l'acide urique produit on limitait ou l'on prohibait les viandes, tout comme on défendait les corps gras dans l'obésité et les hydrates de carbone dans le diabète.

Aujourd'hui on abandonne ces idées et l'on recommande au contraire le régime carné, comme ayant seul une valeur thérapeutique et l'urée comme médicament, alors qu'on redoutait autrefois son accumulation. Cependant l'urée est accusée surtout par Senator d'exciter les contractions cardiaques et d'amener l'hypertrophie du cœur qui se développe dans le mal de Bright.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 *mai* 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem.

Procédé pour la mesure rapide de la dimension de petits objets, indépendamment de leur distance. Application à la pupillométrie et à la laryngométrie. Illusion due au sens musculaire, dans l'appréciation de la grandeur des objets. — M. Th. Guilloz. Il semble *a priori* que la grandeur d'un objet inaccessible ne peut être déterminée sans que, implicitement ou explicitement, figure dans la détermination la distance au point d'où l'objet est visé. On peut cependant rendre cette détermination indépendante de la distance, par un artifice d'optique des plus simples.

Un très petit trou percé dans un œilleton occupe le foyer d'une lentille qui, du côté opposé à l'œilleton, est limitée par un diaphragme dont on peut faire varier l'ouverture et qui sera par exemple, un diaphragme iris. On sait que, en regardant par un petit trou sténopéique, on n'a pas besoin, pour voir nettement des objets, d'être adapté pour leur distance, du moins dans de grandes limites. On aura donc, en regardant par le sténopé, la vision nette des bords du diaphragme et des objets situés au delà, sans que cependant cette distance puisse devenir infinie, car le sténopé ne saurait être un point géométrique, pas plus, du reste, que le foyer d'une lentille. Le champ d'observation sera limité, de l'autre côté de la lentille, par un cylindre ayant pour base l'ouverture du diaphragme. Un objet sera donc encadré, quelle que soit sa distance, par la même ouverture du diaphragme iris, et cette ouverture en sera la mesure.

La construction de l'instrument est des plus simples, car l'échelle graduée ou le diaphragme peuvent être placés à une distance quelconque de la lentille. Le sténopé se règle au foyer principal en cherchant la position pour laquelle le champ, mesuré par sa dimension sur un écran que l'on déplace en avant de la lentille, devient indépendant de la position de l'écran (1).

On sait qu'il n'existe pas de bons pupillomètres et que la plupart ne sont même pas fondés sur des principes exacts. Le procédé indiqué s'applique très bien à la pupillométrie en prenant une lentille de 20 D., ce qui ne donne guère à l'instrument qu'une longueur de 6 cm. à 7 cm. La difficulté résultant de ce que les bords de l'iris sont assez confus du moment où l'ouverture du diaphragme iris devient égale à la pupille demande l'emploi d'un diaphragme dit *œil de chat*, ou encore d'une graduation linéaire sur verre, ou d'une graduation formée de cercles concentriques. La détermination est indépendante de la distance et, pratiquement, l'instrument peut être éloigné d'une distance très rapprochée, à 10 cm. ou 12 cm. et même plus. Il a été vérifié que, en plaçant le sujet en face d'une fenêtre et lui faisant tourner l'œil en dehors, l'approche de l'instrument à quelques centimètres de l'œil ne faisait pas varier la grandeur de la pupille. On observe ainsi la pupille comme si elle se trouvait à la distance de 5 cm. La pupille apparaît donc grossie, et la mesure peut être faite avec précision, la graduation pouvant se lire en 1/5 ou 1/10 de millimètre.

Quand les petits objets à mesurer sont à une distance supérieure à 10 cm., il convient d'adjoindre derrière le

(1) V.- Th. Guilloz, *Nouveau focomètre* (*Association française pour l'avancement des Sciences*; Bordeaux, 1895).

sténopé une lentille divergente très forte 40 D., ou de construire l'instrument avec une lentille convexe plus faible. On peut encore, en allongeant l'instrument, placer une lentille convexe entre l'observateur et le sténopé, de façon que l'image agrandie du sténopé emplisse la pupille de l'observateur. Le champ ne sera plus limité par les bords du sténopé et présentera seulement à l'observateur l'image de la graduation et celles d'objets même éloignés.

Les laryngologistes n'ont pas de méthode pratique pour les mensurations du larynx. Une réflexion sur un miroir plan ne changeant rien à la grandeur de l'image, l'instrument se transforme facilement en laryngomètre, la partie antérieure de l'appareil portant sur le coté une petite lampe pour l'éclairage.

Il suffit d'assurer la verticalité de l'échelle divisée, pour relever, sans mise au point, la distance verticale des deux points situés à des distances différentes.

Enfin, la mesure de la grandeur des images virtuelles permet la détermination commode de la courbure des miroirs convexes, ainsi que celles d'une surface astigmate, par des dispositions pratiques qu'il est facile de réaliser.

Le mensurateur précédemment décrit permet encore de montrer, sous une forme saisissante, l'influence de l'appréciation préalable de la distance d'un objet sur l'appréciation de sa grandeur réelle. Si à travers le sténopé on regarde, par exemple, des caractères d'imprimerie, en les tenant très rapprochés de l'instrument, et qu'on les éloigne ou qu'on s'en éloigne, ces caractères semblent grossir. Ils semblent grossir, parce que leur image rétinienne ne diminue pas avec l'éloignement. Il y a bien là une illusion du sens musculaire, car si le déplacement est effectué par une main étrangère on n'a plus de variation dans l'appréciation de la grandeur.

Physiologie pathologique de la grossesse. — MM. Charrin et Guillemonat (1). La grossesse provoque dans l'organisme des modifications de divers ordres ; toutefois, en dehors de quelques notions relatives à la composition des urines, à l'oxygène consommé, à l'acide carbonique exhalé, les données enregistrées relèvent en grande partie purement de l'observation clinique (troubles des appareils nerveux, digestif, etc.). — L'expérimentation nous a paru capable d'éclairer cette question, de fournir des résultats précis.

Pour obtenir ces résultats, nous avons opéré sur huit séries comprenant chacune, d'un côté, des cobayes pleines plus ou moins avancées ; de l'autre, des cobayes non pleines, en nombre égal, sensiblement de même poids. Nous les avons soumises à une alimentation absolument identique, consistant en 5cc. d'une solution aqueuse minéralisée (sulfate de soude, 45 gr. ; phosphate de soude, 12.50 ; phosphate neutre de potasse, 12.50 ; chlorure de sodium, 10 ; eau, 1000) injectés quotidiennement sous la peau.

En raison de l'insuffisance de cette alimentation, les unes et les autres ont naturellement maigri ; mais la marche de ces amaigrissements n'a pas été absolument semblable dans les deux groupes.

Si, rapportant tous ces résultats au kilogramme, on additionne les nombres qui, pour une catégorie d'une série déterminée, représentent journée par journée les diminutions de chaque cobaye, si l'on divise cette somme multipliée par 1000 par le total des poids de ces mêmes animaux pris au début de l'expérience, on obtient, *pour les femelles gravides*, 43 gr. 45 gr. 39 gr. 22 gr. tandis que, *pour celles qui ne l'étaient pas*, ces chiffres atteignent 96, 54, 40, 22. — Une seconde série donne, *pour les pleines*, 138 ; 58 ; 50 ; 36 ; *pour les non pleines*, 192 ; 64 ; 50 ; 29.

Ce nombre 29 indique que parfois il y a inversion, c'est-à-dire que les cobayes grosses ont maigri plus rapidement, alors qu'en général elles perdent, tout au moins durant les trois ou quatre premiers jours (1), une plus faible proportion de leurs poids. — En réalité, en examinant les faits dans ces huit séries, on trouve que, quatre fois seulement, les femelles gravides ont présenté un amaigrissement plus prononcé ; en revanche dix-huit fois leurs amaigrissements ont paru plus lents.

Les mesures des volumes urinaires des vingt-quatre heures fournissent, chez des *cobayes pleines*, 38 cc., 48 cc., 32 cc, soit, par kilogramme, 22 cc., 28 cc., 27 cc., — Prises aux mêmes moments, du 18 au 19 mars 1899, du 19 au 20, du 20 au 21, ces mesures, *pour les non pleines*, atteignent 82 cc, 67 cc, 38 cc, soit, pour 1000, 72 cc., 58 cc., 33 cc.

Dans une autre série, du 13 au 15 mars, on trouve, *pour deux femelles grosses*, 56, 15, *pour les deux normales*, 72, 22, autrement dit, pour 1000, d'une part, 26 et 7 ; d'autre part, 33 et 20.

Du 14 au 15 de ce mois de mars, un groupe de *cobayes gravides* livre 1,14 d'urée ; celui des *cobayes non gravides* émet 1,72. — Du 20 au 21, ces proportions d'urée atteignent, du côté de *trois femelles en état de grossesse*, pour 1000, 0,53 ; elles s'élèvent à 1,06 pour les *trois autres*.

En somme, l'analyse a montré que l'urine des cobayes non pleines, dans la plupart de nos essais, était plus abondante que celle des pleines ; trois fois seulement la règle a été en défaut (2). — Pour l'urée, on a enregistré des résultats d'ensemble identiques.

Tout en offrant plus de variations, la toxicité de ces urines paraît légèrement diminuée dans le cas de grossesse.

Il en est de même des températures rectales ; c'est ainsi que le thermomètre a mesuré, chez *trois femelles normales* 37°,9 ; 37° ; 37°,6 ; par contre, *chez les trois gravides de cette série*, il n'a pas dépassé 37°,65 ; 37° ; 37°,45 ; la différence marque 0°,15 ; parfois, en prenant la moyenne des différences enregistrées dans plusieurs cas, on atteint près de 0°,50 à 0°,84.

En dehors des modifications nutritives, sécrétoires, on observe des changements anatomiques. — La somme des poids des rates de 23 animaux, divisée par ce nombre 23, fournit, s'il y a grossesse, 0 gr. 71, et 0 gr. 30 dans l'hypothèse opposée. — Cependant, à mesure que le fœtus se développe, le fer de ce tissu splénique diminue : pour 1000 on décèle 1,01, au lieu de 1,42 : peut-être ces changements subissent-ils l'influence du nombre des rejetons.

Assez souvent, comme nous l'avons vu avec Levaditi, dans ces viscères dont le poids augmente, les follicules s'hypertrophient, les lacs sanguins sont plus étendus. — Habituellement la coloration du tissu est plus rosée.

Le fer du foie varie peu ; les cellules hépatiques subissent

(1) Travail du laboratoire de médecine expérmentale : Hautes Etudes.

(1) Vers le quatrième ou sixième jour, souvent les différences s'égalisent ou même les rapports se renversent.

(2) Pour expliquer en partie ces exceptions, il faut, sans doute, compter avec les différences de réactions individuelles, avec l'état de santé ou de maladie des animaux en expériences, etc.

néanmoins, dans plus d'un cas de grossesse, des altérations dégénératives. — Quant au glycogène, sa quantité éprouve de telles fluctuations, que, malgré 7 dosages, il est encore impossible de formuler une conclusion, d'autant plus que la nourriture absorbée avant l'usage de l'eau minéralisée exerce sa part d'influence.

Il va de soi que les perturbations provoquées par la grossesse ne se bornent pas aux faits à l'instant signalés; il serait aisé d'ajouter quelques nouvelles notions en étudiant soit l'hémoglobine, ses qualités, sa quantité, soit le système osseux, sa moelle, sa minéralisation, etc.

Déjà, avec Brocard, chez la femme, au septième ou au neuvième mois, nous avons vu s'abaisser le taux de consommation du glycose, quelquefois de la graisse, abaissement qui, toutes choses égales d'ailleurs, conduit à l'hyperglycémie ou à l'obésité.

Quoi qu'il en soit, les données acquises permettent de reconnaître que, dans la majorité des cas, dans les conditions où nous nous sommes placés, les cobayes pleines maigrissent moins vite, fabriquent moins d'urine, moins d'urée, moins de calorique ; elles sont moins riches en fer ; elles offrent des altérations de structure.

En définitive, en présence de ce ralentissement manifeste de la nutrition, en face de ces modifications statiques, anatomiques, devant ces anomalies chimiques, humorales, on comprend pourquoi si souvent l'histoire pathologique de la femme remonte à une grossesse ; il est d'autant plus facile de saisir la portée de ces tares, au point de vue de la genèse des maladies, que la déminéralisation, l'hyperglycémie, l'hypothermie, les lésions viscérales, que tous ces processus mis en lumière chez les femelles grosses font sans conteste fléchir la résistance de l'économie à l'égard des principes morbifiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend une lettre de Mme Vve Ch. Quinquaud, offrant à l'Académie le buste en marbre de son mari, actuellement exposé au Champ de Mars et dont elle est l'auteur.

Myopie scolaire. — M. Javal. — M. Romiée a fait depuis 1880 un relevé du nombre des myopes dans les écoles de Belgique. Le nombre des myopes a diminué dans des proportions considérables, à mesure que l'éclairage des écoles s'améliorait. M. Romiée attribue ces excellents résultats à la diminution du prix de l'essence minérale en Belgique. Ce fait est nouveau et du plus grand intérêt.

M. Romiée apporte un autre argument en disant que la calligraphie, qui, autrefois, jouait un très grand rôle en Belgique, est maintenant reléguée au second plan, les enfants en Belgique écrivant fort peu. M. Romiée affaiblit ainsi ses premières conclusions.

Sur la feuille de présence de l'Académie, il est facile de voir que toutes les signatures ont une direction ascendante parce que la feuille est droite et qu'on écrit d'ordinaire sur une feuille penchée. M. Javal recommande à nouveau l'écriture droite aux enfants des écoles primaires, reprenant la formule connue : corps droit, écriture droite, papier droit.

Plaie pénétrante de poitrine par armes à feu, épanchements de sang, traitement par l'immobilité absolue, la diète et les injections de sérum artificiel. — M. Championnière présente un blessé guéri dont l'histoire est intéressante et instructive à tous les points de vue.

Un homme vigoureux, en arrêtant un aliéné armé d'un revolver, fut frappé à bout portant par une balle de 11 millimètres. Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu immédiatement et vu après par M. Championnière. Pouls rapide et irrégulier, menaces continuelles de syncope. Agitation et un peu plus tard subdélirium. La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée forte, puis recouverte d'un pansement iodoformé sans être explorée. Des crachats sanglants sont rendus avec efforts.

L'auscultation, le jour de l'entrée, ne fait pas reconnaître la présence d'une nappe sanguine dans le thorax. Mais le lendemain, il existe une matité remontant en arrière jusque vers la fosse sus-épineuse, un peu moins élevée en avant. Le blessé, atteint d'une plaie pénétrante de poitrine avec immense épanchement thoracique, fut traité par l'immobilisation absolue, la diète, les évacuants aussitôt qu'il put les supporter.

A l'heure actuelle, il est guéri ou du moins en pleine sécurité. La matité a presque disparu. La radiographie montre que la balle qui, de haut en bas, a traversé toute la poitrine, est logée en avant de la douzième côte.

L'immobilité, la diète ont amené dans ce cas la guérison d'un homme qui semblait voué à une mort assurée.

M. Championnière pense que ce cas mérite d'être présenté non seulement à cause du succès pour le sujet, mais pour affirmer la règle générale du traitement des plaies de poitrine. Il rappelle l'observation curieuse prise en 1891 d'un jeune homme frappé au sommet du poumon droit par un fleuret brisé. Celui-ci fut immobilisé immédiatement dans la salle d'armes dans laquelle il avait été frappé et, malgré une plaie des plus graves avec inondation immédiate de la plèvre, guérit admirablement.

M. Championnière fait remarquer que tandis que de nombreux blessés qui avaient des blessures pulmonaires insignifiantes sont morts rapidement après des transports ou des explorations intempestives, il a eu l'occasion d'observer les cas les plus graves qui ont été suivis de guérison. Au contraire ce qui se passe pour les plaies de l'abdomen pour lesquelles la tendance à l'intervention est de plus en plus marquée, il faut être pour la poitrine extraordinairement réservé. Non seulement il n'y a pas lieu d'intervenir dans l'immense majorité des cas, mais il faut éviter au patient les moindres mouvements. Rien que les déplacements pour pratiquer l'auscultation peuvent être funestes au sujet qui vient d'être frappé et il doit être examiné avec une extrême discrétion. Cela est vrai des plaies par arme blanche et des plaies par arme à feu. Ceci soit dit bien entendu des plaies par balles de revolver telles que nous les observons surtout dans nos hôpitaux.

Sans compter les personnalités bien connues comme celle d'un ancien et très aimé président de l'Académie qui a de longues années porté fort gaillardement deux balles de revolver dans le thorax, les plaies par balles, assez communes dans nos hôpitaux, ont pu fournir de nombreux exemples à M. Championnière. L'année dernière, il pouvait montrer dans son service deux sujets qui, à la suite de tentatives de suicide, avaient des plaies par balles ayant

traversé tout le thorax du côté gauche. Tous deux furent apportés à l'hôpital dans un état si lamentable qu'il fallut des injections abondantes de sérum pour les soutenir pendant une période assez longue. Malgré cela tous deux guérirent complètement. Chez l'un d'eux, une balle qui avait complètement traversé le thorax et qui était logée sous la peau fut extraite après le rétablissement complet du sujet. Chez l'autre, la balle qui, d'après la radiographie, occupait derrière les côtes une situation assez analogue à celle occupée dans la radiographie présentée fut laissée en place.

Dans les plaies pénétrantes de poitrine on obtiendra de nombreux succès en observant les conditions suivantes : Eviter le transport du blessé et l'immobiliser d'une façon absolue ; défendre même la conversation, isoler le blessé d'une façon absolue ; la boisson sera peu abondante et froide si l'hémoptysie continue ; évacuation intestinale aussitôt que le sujet peut être soulevé ; diète hydrique prolongée le plus possible ; injections de sérum artificiel en évitant toutefois les grosses doses ; calmer les douleurs et l'agitation par les injections de morphine. Par ces moyens simples quoique difficiles à obtenir dans tout événement qui amène des blessures, on sauvera des sujets qui, au premier abord, auraient été voués à la mort et on aurait certainement sauvé de la mort un grand nombre de blessés auxquels les transports ou une médication plus active n'ont pas été refusés.

L'évolution dentaire chez les nourrissons.—M. F. Ledé fait une communication sur l'*évolution dentaire chez les enfants placés en nourrice* et *sur les causes de retard de cette évolution*. Il présente une série de 248 observations d'enfants confiés à des nourrices ayant un lait âgé de quatre mois au plus et habitant la banlieue de Paris. Suivant lui, l'un des deux enfants aura à souffrir de ce double élevage ; la nourrice réservera son lait à son enfant et ne donnera que le surplus à l'enfant qu'elle a pris charge d'élever ; dans ce cas, ce n'est que vers dix, onze et treize mois que le nourrisson aura ses premières dents ; si, au contraire, c'est l'enfant de la nourrice qui est sevré ou élevé artificiellement, c'est lui qui subira des retards dans son évolution dentaire. Le problème à résoudre est difficile, car l'existence de chacun de ces deux enfants est précieuse en ces temps de dépopulation, aussi M. Ledé propose-t-il une mesure facile à appliquer ; il souhaite que l'enfant de la nourrice soit âgé d'au moins cinq mois avant que la nourrice ne puisse se procurer un nourrisson à élever au sein chez elle. Cette mesure sauvegardera les deux existences et l'orphelin temporaire n'aura pas à souffrir de son frère ennemi.

Malformation de l'appareil génital de la femme. — M. le Dr Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen, lit une note sur un cas rare de malformation de l'appareil génital de la femme. Pratiquant une laparotomie sur une femme de 42 ans pour une tumeur solide de l'abdomen, il trouva un gros fibrome implanté sur un rudiment de corne utérine gauche, il y avait torsion du pédicule formé par le ligament large au-dessous de la trompe et de l'ovaire.

A droite, il existait aussi un rudiment de corne utérine, recevant un ovaire et une trompe sains.

La malade présentait un appareil génital externe bien conformé, mais il y avait absence totale de corps utérin, de col et de vagin.

Néanmoins les ovaires avaient fonctionné normalement, bien qu'il n'y eut aucun signe de moliment menstruel.

A 4 h. 50 minutes, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai. — Présidence de M. Raymond

Abcès sous-phréniquc. — M. Béclère présente un malade intéressant à la fois par l'affection tout à fait exceptionnelle dont il est porteur et par le secours apporté au diagnostic de cette affection par l'examen radioscopique : c'est un nouvel et très remarquable exemple des services rendus au diagnostic médical par les rayons de Rœntgen.

Il s'agit d'un jeune homme robuste, de race saine, de bonne santé habituelle, mais coutumier d'excès alcooliques, qui fut pris subitement, pendant son sommeil, il y a près de trois ans et demi, le 4 décembre 1895, d'une douleur très vive au côté gauche du thorax. Cette douleur fut suivie de fièvre et le malade dut garder le lit pendant trois mois et demi. Depuis cette époque il est demeuré dyspnéique au point de ne pouvoir travailler et a séjourné successivement dans les hôpitaux de Dinan, de Charleroi, de Lille, de Saint-Quentin et de Paris. Partout, en raison de sa dyspnée, de sa toux accompagnée d'expectoration purulente et de la déformation hippocratique de ses doigts, il a été considéré et traité comme un tuberculeux. Cependant, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Martin, il eut, l'an dernier, une vomique très abondante de crachats purulents d'une horrible fétidité dont il remplit six crachoirs en moins de deux heures. Cette vomique fit croire à l'existence d'un foyer de pleurésie purulente interlobaire du côté gauche, mais six ponctions furent faites dans l'aisselle gauche sans aucun résultat.

Le malade entra ensuite à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M Béclère. Celui-ci le soumit à l'examen radioscopique, et à sa grande surprise, trouva les deux poumons, du sommet à la base, transparents aux rayons de Rœntgen comme à l'état normal. Il ne savait donc où localiser le foyer de suppuration dont le malade était porteur et qui chaque fois lui faisait expectorer 250 à 300 gr. d'un pus où jamais le microscope ne fit découvrir aucun bacille. Tout dernièrement, un nouvel examen radioscopique fit constater, dans la région de l'hypochondre droit, entre l'ombre en forme de bandelette du diaphragme, mobile avec les mouvements respiratoires, et l'ombre en nappe du foie, l'existence tout à fait anormale d'une zone claire, symptomatique d'une collection gazeuse de l'espace inter-hépato-diaphragmatique droit.

En même temps la percussion fit reconnaître que la matité hépatique avait complètement disparu et était remplacée par une sonorité tympanique, très distincte de la sonorité pulmonaire ; il y avait, à la percussion, *éclipse totale du foie*. Le lendemain, la matité hépatique avait reparu et l'aspect radioscopique si singulier, constaté la veille, avait disparu pour faire place à l'aspect normal. Depuis, à différentes reprises, les mêmes phénomènes se sont reproduits. Toujours avec une éclipse totale ou même partielle du foie, constatée par la percussion, a coïncidé, à l'examen radioscopique, l'image d'une collection gazeuse entre le diaphragme et le foie.

On peut, d'ailleurs, provoquer à volonté l'apparition simultanée des signes que révèlent à la percussion et sur l'écran fluorescent cette collection gazeuse. Il suffit d'inviter le malade, qui ne tousse et ne crache pas la nuit, mais vide sa poche chaque matin au réveil, d'éviter à ce moment tout déplacement et tout effort, de façon à conserver, jusqu'à ce qu'il soit soumis à l'examen radioscopique, la majeure partie du contenu gazeux et purulent de sa collection sous-diaphragmatique. C'est ainsi que M. Béclère a pu mettre sous les yeux de ses auditeurs du dimanche, à une demi-heure d'intervalle, les deux aspects radioscopiques que présenta le malade avant et après l'évacuation de son abcès.

En résumé, il s'agit d'un abcès sous-phrénique en communication avec les bronches, révélé par l'examen radioscopique plus de trois ans après le début de la maladie. Quant au point de départ de cet abcès, M. Béclère suppose qu'il est le résultat d'une perforation de l'estomac, consécutive à une gastrique alcoolique, sans rien affirmer d'ailleurs sur ce point. Quelle qu'en soit l'origine, une intervention chirurgicale s'impose, M. Béclère présentera de nouveau le malade à la Société.

Pneumonie du sommet, méningite cérébro-spinale, guérison, M. Rendu. Cette observation concerne une petite fille de six ans, de la clientèle de la ville, elle est intéressante, d'une part, en ce qu'elle montre la liaison qui existe entre la pneumonie et la méningite cérébro-spinale, et, d'autre part, par l'issue favorable du cas. Ce bon résultat semble devoir être attribué aux bains chauds et aux injections de sérum.

Il n'y a pas eu d'examen du liquide céphalo-rachidien mais tout porte à penser qu'il s'agissait du pneumocoque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mai 1899. — Présidence de M. Jullien.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. Nicolas, de la Bourboule, assiste à la séance.

Correspondance imprimée. – Revues et journaux habituels. *La tuberculose dans la République Argentine*, par le Dr Samuel Gache, de Buenos-Ayres. *Le froid est-il, dans les maladies aiguës, une cause pathogène*, par le Dr Henri Fischer. L'ouvrage de M. Gache sera analysé par M. Leudet dans la prochaine séance.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Samuel Gache, de Buenos-Ayres, membre correspondant, annonçant l'envoi de son ouvrage sur la tuberculose; 2° lettre de M. le Dr O'Followell, demandant des renseignements relatifs au prix Duparcque; 3° lettre de M. le ministre de l'Instruction publique réclamant l'accusé de réception de documents venant de la Société Royale de médecine, à Bruxelles : ces documents ne sont pas encore parvenus à la Société; 4° télégramme de M. Picqué s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président annonce que M. Censier a eu la douleur de perdre sa mère; il lui adresse, au nom de la Société, ses témoignages de sympathie.

M. Albert-Weil présente une malade en cours de traitement par l'effluve statique induit pour des ulcérations scrofulo-tuberculeuses de la peau, et lit l'observation de la malade (Voir ci-dessus, p. 308.)

M. Dubuc demande si on a recherché la bacille de Koch.

M. Albert-Weill répond négativement.

M. Dubuc demande si M. Albert-Weill a obtenu des résultats par sa méthode dans le lupus.

M. Albert-Weill dit qu'on a essayé, contre le lupus l'électrisation par les courants de haute fréquence de d'Arsonval, mais que l'effluvation électrique lui paraît préférable.

M. Dhomont a entendu dire par M. Albert-Weill, au cours de sa communication, que le zona intercostal était justiciable de l'effluvation électrique. En combien de temps obtient-on la guérison? La douleur est-elle vite atténuée, en particulier chez les personnes âgées chez lesquelles elle présente parfois tant de résistance?

M. Albert-Weill n'a qu'une observation de traitement du zona par l'effluvation. Il l'a communiquée à l'Académie de médecine. Il s'agissait d'une personne jeune. Dès la deuxième ou troisième séance, la douleur a disparu et la maladie a cédé.

M. Jullien désire savoir dans quels cas il y a avantage à employer l'effluvation électrique contre le prurit simple.

M. Albert-Weill n'a traité par son procédé qu'une seule malade atteinte de prurit simple; il l'a surtout employé, et avec succès, contre des lésions prurigineuses. Il se rappelle notamment un cas de vulvite diabétique très tenace, chez une femme obèse, persistant malgré la disparition du sucre de l'urine. En quelques séances les démangeaisons ont disparu.

L'ordre du jour appelle la discussion sur **les indicatons, du traitement dans la lithiase biliaire.** — M le Président dit qu'à cause de l'absence de M. Glénard, qui devait prendre la parole et qui se trouve en ce moment à Vichy, la discussion n'aura lieu qu'après les vacances; néanmoins il invite ses collègues qui auraient quelques remarques à faire, à les présenter.

M. Dubuc connaît un cas presque identique à ceux qui ont été rapportés dans la dernière séance. Il s'agit d'une malade qu'il n'a pas observée lui-même, mais qu'il connaît très bien. Le diagnostic était embarrassant; plusieurs chirurgiens de marque appelés en consultation penchaient, qui pour un cancer du pylore, qui pour un cancer du lobe gauche du foie et agitaient la question d'intervention chirurgicale : ce n'était que de la lithiase biliaire, ainsi que le prouva l'expulsion de fins graviers.

M. Bouloumié résume l'observation de deux cas analogues. A propos des indictions du traitement hydro-minéral dans la lithiase biliaire, M. Bouloumié estime que les malades atteints de calculs ne doivent pas être envoyés indifféremment à Vichy ou à Vittel. Pour lui Vichy est indiqué surtout dans la période pré-lithiasique, Pougues soulage mieux les calculeux affectés en même temps de gastropathie, Brides s'adresse de préférence aux arthritiques et aux obèses atteints de torpeur du foie; enfin Vittel a la spécialité de l'expulsion des calculs.

M. Buret lit l'analyse du travail de M. George Ogilvie (de Londres) sur la syphilis dans l'armée anglaise. (Voir page 305.)

M. Nicolas (de la Bourboule), à propos de l'opposition signalée entre la fréquence et la gravité de la syphilis chez les soldats anglais et l'immunité des Hindous, dit qu'il a

depuis longtemps été frappé de l'absence de la syphilis dans les pays sauvages, notamment au Gabon et au Congo. Il a eu très souvent l'occasion, à l'époque où il était médecin émigration, d'examiner un grand nombre de négresses. Celles de l'intérieur des terres étaient toujours indemnes, au contraire celles du littoral étaient souvent infectées.

M. Martha. L'opinion que vient d'émettre M. Nicolas est en contradiction avec celle d'un médecin qui a voyagé en Abyssinie, M. Wurtz, et qui a constaté que la syphilis y était très commune.

M. Nicolas. L'Abyssinie ne peut pas être considérée comme un pays sauvage ; ce pays jouit au contraire d'une ancienne civilisation : rien d'étonnant donc, à ce que, étant civilisé, il puisse être aussi syphilisé.

M. Jullien a émis une opinion analogue à celle de M. Nicolas dans son ouvrage sur la syphilis, à propos de la distribution géographique de cette maladie.

M. Buret fait observer que, dans les pays qui, sans être absolument sauvages, n'ont que des rapports éloignés avec les Européens, la syphilis est souvent méconnue. Il rappelle un cas intéressant qu'il a publié en 1891 (1). Un de ses amis, le Dr Louis Baret, alors médecin des paquebots de la Compagnie transatlantique, se trouvait à la Plata en 1887. Au cours d'une excursion dans une île voisine de la côte, il eut l'occasion d'examiner un malade que le médecin indigène considérait comme atteint d'une maladie inconnue, et sur lequel il avait essayé des traitements variés et surtout baroques. Le malheureux était dans un état pitoyable. Le Dr Baret, soupçonnant une forme insolite de la syphilis, conseilla le traitement mercuriel que le confrère exotique administra à son malade sans la moindre conviction. Or, celui-ci guérit rapidement, à la stupéfaction générale.

Toutefois ce fait, qui n'est sans doute pas isolé, n'enlève aucune valeur à l'impression que M. Nicolas a pu ressentir dans des pays très divers, et nous pouvons en conclure que la syphilis est plutôt exceptionnelle là où la civilisation n'a pas apporté ses éléments de propagation. Néanmoins son honorable interlocuteur lui permettra de faire observer que les Hindous de 1896 ne sont plus à proprement parler des sauvages, même comparativement à l'armée anglaise. Ils sont au moins aussi civilisés que les Abyssins. En effet, il ne faut pas perdre de vue que, dans les temps héroïques de l'Inde, terminés mille ans avant J.-C., la vaccine était connue. Le manuel opératoire et l'évolution sont décrits tout au long dans le *Sacteya Grantham*, attribué au célèbre Dhanvantari. Car on écrivait déjà des traités de médecine dans l'Inde antique, à une époque où la Gaule, encore préhistorique, ne recélait que quelques tribus d'anthropophages. Un de ces traités, l'*Ayurvéda*, rédigé par le prince Susruta sous la direction de son maître Dhanvantari, l'Esculape de l'Inde, contient même des chapitres entiers qui sont considérés comme se rapportant à la syphilis (2).

M. Jullien présente des échantillons desséchés de différents animaux utilisés en Chine pour le traitement des maladies. (Voir ci-dessus, p. 307.)

La séance est levée à 5 h. 40.

Un des secrétaires annuels,
Dr Dhomont.

(1) F. Buret. *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la syphilis;* Clermont 1891, p. 29.

(2) F. Buret. *La syphilis chez les Anciens* ; Paris 1890, p. 126-139.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7e *Session tenue à Paris les 7 et 8 avril.* (*Suite et fin.*) (1).

Considérations sur le bassin du nouveau-né. — MM. Bouchacourt et Brindeau (Paris). Le bassin du nouveau-né est assez difficile à étudier. Les os sont incomplètement développés et leurs différents segments sont réunis par des bandes fibreuses très importantes. Il en résulte que, si l'on enlève les parties molles qui le recouvrent pour l'étudier, il n'est plus souvent dans ses formes et l'examen en devient difficile. Joignons à cela que les différents liquides conservateurs que l'on est obligé d'employer contribuent également, en rétractant les tissus, à sa déformation. Nous nous sommes servis de la radiographie qui a l'avantage de pouvoir étudier le squelette revêtu de toutes ses parties molles. Après avoir ouvert la cavité abdominale et enlevé les intestins, nous avons radiographié un certain nombre de bassins, surtout pour l'étude du détroit supérieur. Ces radiographies ont été prises, le plan du détroit supérieur étant parallèle à la plaque et l'ampoule étant à une grande distance du bassin. On obtient ainsi des épreuves qui sont pour ainsi dire rigoureusement exactes. Nous avions préalablement marqué l'angle sacro-vertébral en enfonçant une épingle dans l'articulation. Il résulte de nos recherches que le détroit supérieur du nouveau-né a une forme très sensiblement circulaire. Les différents diamètres oscillent autour de 40 millimètres. Quelquefois le diamètre antéro-postérieur l'emporte sur le transverse maximus d'un ou deux millimètres. Disons en terminant que nous avons employé un procédé qui nous permet d'avoir la forme de l'excavation. Il consiste à remplir le bassin de mercure après l'avoir vidé de son contenu. En radiographiant les bassins ainsi remplis, on obtient des images très nettes, car le mercure ne se laisse pas traverser par les rayons X.

Le forceps à la clinique Tarnier. — MM. Dubrisay et Thoyer (Paris). Voici la statistique des applications de forceps faites à la clinique Tarnier, du 1er novembre 1896 au 31 mars 1899. Pendant ce temps il y a eu 236 applications de forceps qui ont donné, si l'on prend la statistique en bloc : 30 enfants morts et 2 mères mortes. L'une de ces dernières est morte d'éclampsie et l'autre avait subi, auparavant, la symphyséotomie.

De l'expression abdomino-vaginale. — M. Chavane (Paris). On sait combien il est difficile d'extraire le placenta dans certains cas d'avortement incomplet. La curette est un instrument dangereux et aveugle et, dans la plupart des cas, le doigt suffit. Quand l'opération est indiquée, c'est-à-dire toutes les fois qu'il y aura de la fièvre, de l'odeur des lochies ou des hémorragies graves, on devra penser à délivrer immédiatement les femmes. L'anesthésie est le plus souvent indispensable, car il faut que la paroi abdominale reste souple et non contractée. Si la dilatation est suffisante, l'opération sera très facile ; si le col est long et fermé il faudra dilater avec les bougies de Hegar. La dilatation est suffisante quand on peut introduire l'index tout entier. Le premier temps de l'opération consiste à décoller *complètement* le placenta avec le doigt. Quand le placenta est décollé dans toutes ses parties, le doigt peut en faire le

(1) V. *France médicale*, n° 18, p. 280 ; n° 19, p. 301.

jour et l'on s'aperçoit alors qu'il est très difficile d'attirer au dehors ce corps mou et mobile qui fuit dans la cavité utérine. C'est dans ce deuxième temps de l'opération que le procédé de M. Budin dit « expression abdomino-vaginale » rend les plus grands services. Il consiste à introduire un ou deux doigts dans le cul-de-sac postérieur pendant que l'autre main appuie sur la face antérieure et le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale. Le placenta, ainsi exprimé, sort comme un noyau de cerise que l'on presse entre les doigts. Si le placenta est trop volumineux on pourra le morceler avec l'index avant de pratiquer l'expression.

Etude sur la toxicité urinaire pendant la grossesse et les suites de couches normales. — M. LABADIE-LAGRAVE (Paris). L'auteur a fait, avec l'aide de MM. Noé et Basset, un certain nombre d'expériences en employant les méthodes de M. Bouchard. L'examen de la toxicité urinaire a été pratiqué avec des urines de femmes enceintes et de cobayes pleines. Il résulte de ces expériences que, pendant la grossesse utérine ou tubaire, les poisons diminuent dans l'urine. Cette diminution de toxicité urinaire, qui s'observe dès le début de la grossesse, peut être considérée comme un nouveau signe de grossesse, renforçant les symptômes de probabilité.

De l'hémorragie du segment inférieur après l'accouchement. — M. MAYGRIER. Il s'agit d'une multipare entrée à la Charité avec des signes de placenta prœvia. On la mit au repos, aux injections chaudes et la perte s'arrêta. Quelques temps après elle entra en travail et accoucha spontanément sans difficulté. La délivrance fut un peu longue à se faire, mais le placenta et les membranes furent retirés dans leur entier. Quelques instants après cette délivrance, la femme fut prise d'accidents généraux graves: pouls petit, faciès pâle, dyspnée, etc., indiquant qu'il se produisait une hémorragie et cependant il n'y avait pas de perte externe. La main, mise sur le fond de l'utérus, trouvait l'organe petit, bien contracté, mais très élevé sous les fausses côtes. La main étant introduite dans les organes génitaux on trouva le segment inférieur de l'utérus distendu par des caillots, au-dessus de cette poche sanguine on trouvait le corps utérin bien contracté. Le traitement fut très simple, il consista à vider la poche de son contenu et à irriguer sa face interne avec de l'eau très chaude. Ces hémorragies du segment inférieur, après l'accouchement, sont peu connues. Je crois que les deux causes principales de leur production sont l'insertion vicieuse du placenta et les déchirures du segment inférieur.

Mort par omphalorrhagie tardive. — M. BOISSARD (Paris) vient d'observer deux cas fort instructifs. Dans le premier il s'agissait d'une femme récemment accouchée L'enfant, qui avait 27 jours, se portait très bien, n'ayant aucune complication intestinale, quand il fut pris d'hémorrhagie abondante de l'ombilic. On essaya tous les traitements possibles sans succès, même le thermo-cautère qui n'eut pour effet que d'arrêter momentanément l'écoulement sanguin. On fit alors des sutures profondes en ayant soin de comprendre les vaisseaux ombilicaux dans la ligature. Il se produisit alors un hématome intra-pariétal et l'enfant mourut d'anémie aiguë.

Le second cas a été observé à l'hôpital Tenon. Il s'agissait d'un bel enfant venu à terme, pesant 2940 grammes. Le cordon tomba le 8e jour et tout paraissait aller pour le mieux quand, le 18e jour, il se produisit une hémorrhagie importante de l'ombilic. Tous les procédés employés furent impuissants. On fit encore la ligature sous-cutanée des vaisseaux, mais l'hémorrhagie se reproduisit par les trous de l'aiguille.

L'autopsie a pu être faite et l'examen microscopique a montré que les vaisseaux du foie étaient entourés de tissu embryonnaire. De plus, il existait de l'endophlébite de la veine ombilicale.

Comme la mère était syphilitique, M. Boissard se demande s'il ne faut pas rattacher l'altération vasculaire à cette affection, et si, dans les autres cas d'omphalorrhagie tardive, on ne trouverait pas des lésions analogues.

Recherches sur le pouls dans la puerpéralité. — M. AUDEBERT (de Toulouse). Sur un certain nombre de femmes, j'ai d'abord éliminé toutes celles dont la température s'était élevée une ou plusieurs fois au-dessus de 37°8. Après cette première élimination, il est resté 50 femmes chez lesquelles le nombre des pulsations a été pris régulièrement deux fois par jour, le matin de 9 à 10 heures, le soir de 5 à 6 heures, pendant la grossesse et pendant les suites de couches. Voici les résultats que j'ai obtenus :

1° Pendant la grossesse, le nombre des pulsations est sensiblement au-dessus de celui qui est communément observé en dehors de la puerpéralité chez l'adulte. Le chiffre moyen est de 85 à 88 pulsations par minute chez la femme enceinte, au lieu de 75 chiffre normal. Pendant les huit à dix jours qui précèdent l'accouchement, il est assez fréquent (dans le 1/3 des cas environ) de voir le nombre des pulsations s'élever encore et atteindre 90,92 par minute.

2° Pendant les suites de couches, j'ai noté d'une façon constante le ralentissement du pouls, quand la grossesse et l'accouchement ont été physiologiques. Ce ralentissement est très marqué pendant les trois ou quatre premiers jours, puis la courbe remonte insensiblement à partir du 5e jour, et vers le 10e ou 12e jour, quand l'accouchée quitte l'hôpital, les pulsations sont encore moins fréquentes que pendant la grossesse. La moyenne du nombre de pulsations pendant les trois premiers jours est de 67, du 4e au 8e jour de 75, du 8e au 12e de 80 environ. Le minimum se produit rarement le jour même de l'accouchement, plus souvent le 2e et le 3e jour, exceptionnellement après le 4e. Jamais je n'ai observé de minimum au-dessous de 60, tandis que certains auteurs ont cité des minima atteignant 40, 34 et même 30 pulsations par minute.

Ces recherches, par conséquent, confirment les travaux antérieurs dans les accouchements normaux. Cependant, il est certaines femmes chez lesquelles le ralentissement des accouchements physiologiques n'existe pas. J'ai essayé de préciser quelles sont les conditions qui peuvent avoir une action sur ce phénomène. L'allaitement ne me paraît pas avoir d'influence, la montée du lait se traduit parfois par une ascension de la courbe, ascension peu marquée, souvent nulle. Le repos prolongé pendant la grossesse, la provocation artificielle de l'accouchement avant terme sont aussi sans action. La durée excessive de travail, au contraire, diminue nettement l'amplitude de la chute de la courbe. Dans une observation (primipare en travail pendant quarante-cinq heures) non seulement le ralentissement ne s'est pas manifesté, mais pendant les trois jours qui ont suivi l'accouchement, le nombre de pulsations, qui était de 100 auparavant, est monté à 120.

C'est probablement par le même mécanisme qu'on peut expliquer la différence, peu marquée d'ailleurs, qui existe entre les primipares et les multipares ; chez les primipares, on observe plus fréquemment la longueur anormale du travail, et par conséquent, en vertu de la conclusion précédente, le ralentissement doit être moindre. Les interventions obstétricales, avec ou sans chloroforme, agissent dans le même sens parce que souvent l'opération étant nécessitée par la lenteur du travail les effets de ces deux facteurs étiologiques se totalisent, s'additionnent, pour diminuer le ralentissement.

Mais ce qui me paraît avoir l'influence la plus importante dans la diminution ou la suppression du ralentissement du pouls dans la suite de couches est l'albuminurie de la grossesse et du travail. Voici les moyennes obtenues chez 11 femmes albuminuriques : 84 pulsations avant, 76 après l'accouchement ; le minimum est 69 pulsations par minute. On voit combien ces chiffres diffèrent de ceux donnés plus haut chez des femmes non albuminuriques. Dans 3 cas d'albuminurie le ralentissement a complètement fait défaut ; 2 fois la courbe est restée rectiligne, 1 fois la courbe à la suite de couches était plus élevée que celle de la gestation.

Les incisions cervicales au début de la dilatation chez les primipares. — M. Fochier (de Lyon). Tous les accoucheurs ont eu l'occasion d'observer les faits suivants : chez une femme en travail, les contractions sont mauvaises et irrégulières, la dilatation se fait mal. Si dans ce cas, avec une dilatation de 4 à 5 centim., on fait une petite incision sur le bord de l'orifice de dilatation tendu comme une ficelle, la dilatation se complète presque instantanément. Mais, même avec une dilatation moins grande (de 2 à 3 centim.), on peut hâter la dilatation en incisant légèrement le col.

D'autre part, chez toutes les primipares presque, au moment où la tête franchit le col à la dilatation complète, il se fait une ou plusieurs déchirures du col.

Partant de ces faits d'observation, nous avons songé à diminuer la longueur du travail chez toutes les primipares en supprimant dès le début de la dilatation la résistance provenant du col, grâce à de petites incisions.

Ces incisions n'ont aucun danger ni au point de vue de l'hémorragie ni au point de vue de l'infection quand l'antisepsie est bien observée.

Nous avons fait porter nos recherches sur 24 femmes primipares. On a fait l'incision de 5 millimètres au maximum de chaque côté sur l'orifice de dilatation. Ces incisions se font dès que la dilatation est suffisante pour qu'on puisse introduire un doigt dans le col.

Or sur ces 24 primipares :

Dans 18 cas, l'orifice de la dilatation ayant de 1 à 2 centim, on fit les incisions ; la durée moyenne de la dilatation complémentaire fut de 3 h. 20 ; la durée de la période d'expulsion fut de 50 minutes.

Dans 4 cas, la dilatation était de 3 à 4 centim. ; après incisions, la durée moyenne de la dilatation complémentaire fut de 1 h. 7 ; l'expulsion dura 48 minutes. Lorsque la dilatation a de 4 à 5 centim., après les incisions la dilatation se complète presque instantanément.

Dans nos 24 cas, la morbidité fut négligeable ; 2 fois seulement il y eut infection très légère.

Dans 2 cas, les incisions ont semblé être nuisibles, dans l'une la dilatation demanda 8 heures, et dans l'autre 40 heures pour se compléter. C'est que dans ces cas, le segment inférieur n'était pas encore complètement constitué quand on fit les incisions. Il faut donc respecter l'orifice externe tant que l'effacement n'est pas complet. L'orifice externe ressemble anatomiquement à la pointe du cœur où se fait un véritable entrelacement de fibres musculaires. On comprend donc que les incisions portant sur cet orifice puissent faire céder la résistance dont il est le siège.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Félizet. La castration est une opération nécessaire et inoffensive dans le traitement de la tuberculose chez l'enfant. Pour la pratiquer je fais une incision antéro-postérieure en avant du périnée, j'énuclée la glande et sans lier le pédicule je laisse un pince à demeure quarante-huit heures. Je me propose de faire l'hémostase dorénavant au moyen du broiement des vaisseaux suivant la méthode de Doyen.

M. Quénu. — La méthode économique semble de jour en jour gagner du terrain. La rétrocession de la tuberculose prostatique ne semble pas démontrée après la castration et les interventions partielles semblent donner des résultats aussi satisfaisants sans influencer le moral du malade.

Il faut distinguer les lésions à marche aiguë ou à marche torpide.

Dans le cas de marche chronique, il peut suffire d'enlever les noyaux bien limités. Afin d'éviter la fistule je suture la peau aux lèvres du foyer ; pour les lésions aiguës, il faut encore limiter les interventions.

M. Lucas-Championnière. Il n'est pas possible d'établir une règle absolue du traitement de la tuberculose testiculaire.

Il est des cas où la castration est seule possible lorsque les lésions sont très avancées et généralisées.

Si la conservation est possible il faut être conservateur, car on ne doit pas oublier que la glande n'est pas seulement destinée à sécréter du sperme, mais aussi un suc glandulaire dont il importe de tenir compte avant de se décider à la castration.

M. Reclus. On revient peu à peu aux opinions très conservatrices que j'ai soutenues dès 1876. Ce qui détermine la méthode à suivre, c'est la suppuration ou la non suppuration de l'organe malade. Y a-t-il du pus ? J'opère. N'y en a-t-il pas ? Je m'abstiens.

De même, si les lésions tendent à la transformation fibreuse.

Fracture de la clavicule avec cal difforme et troubles de compression ; résection du cal et suture osseuse. — M. Sieur.

Gastro-entérostomie pour une tumeur de l'estomac aujourd'hui disparue. — Présentation de la malade par M. Schwartz.

Séance du 17 mai. — Présidence de M. S. Pozzi

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Potherat. La forme aiguë où la tuberculose miliaire généralisée atteint tout l'appareil génito-urinaire doit être mise à part et le malade doit être abandonné aux seuls moyens médicaux.

La forme la plus fréquente est la forme lente avec s fistules, ses abcès, etc. Elle se prête beaucoup mieux la castration. Dans tous les cas, j'ai vu avant deux ans, la suite de la castration, la tuberculose récidiver du ôté opposé. Tous ces malades castrés étaient jeunes, chez ous l'état général est resté bon malgré la récidive du côté pposé, un seul a eu des accidents du côté du rachis. Ce ésultat de la castration ne m'est pas spécial et je peux iter une série d'observations où, dans les mains de mes ollègues opérateurs, la même récidive s'est montrée dans n temps parfois un peu long mais souvent très court.

Je ne crois pas qu'on puisse m'objecter qu'on s'est conenté d'enlever le testicule et qu'on a laissé le cordon et la ésicule. La tuberculose a déjà envahi dans la plupart des as la prostate, et,même en enlevant le cordon, on n'a pas nlevé tous les foyers.

J'ajouterai que les cas de succès attribués à la castration e doivent peut-être pas lui être toujours attribués, étant onné que la tuberculose testiculaire interne des tuberculeux rétrocède le plus souvent ou tout au moins a une narche des plus lentes.

La récidive, de plus, du côté opposé devient très difficile soigner. Quand le malade voit les mêmes accidents survenir du côté seul restant, il ne sera guère possible de lui conseiller le même traitement, et si la guérison se fait par le traitement conservateur, quels ne seront pas ses regrets d'avoir laissé sacrifier son premier testicule.

Deux seules circonstances commandent la castration, c'est la prise en masse de tout le testicule destiné à se fondre dans son entier et secondement l'existence de fistules multiples, d'abcès, etc., toutes lésions qui pourraient, par leur persistance, entraîner des dangers de généralisation

Un cas de kyste hydatique du foie traité par le capitonnage et la fermeture sans drainage. — Communication par M. Bouglé.

Traitement des hémorrhoïdes. — M. Monod démontre qu'il est possible de sectionner les hémorrhoïdes après les avoir prises dans un clamp et de faire suivre l'incision de la suture à points séparés.

M. Reclus. Je ne vois pas de différence entre le procédé que M. Monod vient de décrire et le mien, que j'ai donné lorsque M. Monod et nombre de confrères en étaient encore au thermo-cautère.

M. Pozzi. Je me contente, sans extirper la muqueuse anale, de dilater l'anus, puis de ponctionner en tous points les hémorrhoïdes avec le thermo-cautère, jusqu'à ce que l'hémostase soit faite.

M. Tillaux. Souvent, il y a trente ans, avec Chassaignac, on a discuté le traitement des hémorrhoïdes, et de tout temps, sans changer de méthode, j'ai fait ce que fait M, Pozzi et j'affirme que je n'ai jamais eu d'accident.

Rupture du tendon tricipital. Suture du tendon. — Présentation du malade par M. Poirier.

Epithélioma du nez. Ablation. Guérison. — Présentation du malade par M. Pozzi.

F. Verchère.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale des maladies des enfants, vacante à partir du 1er novembre 1889, sera ouvert à ladite Faculté le lundi 19 juin 1899 à 9 heures du matin.

Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas âgé de plus de 34 ans le jour de l'ouverture du concours.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 8 juin 1899, à midi, en produisant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Un concours s'ouvrira le 4 décembre 1899, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours

Distinctions universitaires. — Officiers d'Académie : Sont nommés : MM. les Drs Magnanon (de Valence) et Hennart (de Lille).

Officier de l'Instruction publique : Est nommé : M. le Dr Horeau, maire de Fresnay-sur-Sarthe, délégué cantonal.

Corps de santé de la marine. — Par décision ministérielle, en date du 13 mai 1899, M. Le Foch, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer dans le poste sédentaire de l'île d'Aix M. le Dr Dumas, promu de première classe.

M. Vivien médecin de première classe, du service général à Rochefort, est affecté, sur sa demande, au 3e d'infanterie de marine, à Rochefort, en remplacement de M. le Dr Nouaille Degorce. — M. Merleau Ponty, médecin de deuxième classe, du 7e d'infanterie de marine, où il est en excédent, est affecté au 3e d'infanterie de marine à Rochefort, en remplacement de M. le Dr Prouvost. — M. Sibaud, médecin principal, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer au 7e d'infanterie de marine à Rochefort, M. le Dr Burot, promu médecin en chef. — M. Guilloteau, médecin de première classe au 2e d'infanterie de marine à Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour servir au 4e d'infanterie de marine à Toulon, en remplacement de M. le Dr Castellan (H.-L.). — M. Bellard, médecin de première classe du service général à Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour servir au 2e d'artillerie de marine à Cherbourg, en remplacement de M. le Dr Guilloteau. — M. Vialet, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, et M. Réjou, médecin de deuxième classe, en excédent au 1er d'artillerie de marine à Lorient, sont appelés à servir au 2e d'artillerie de marine, à Cherbourg. — M. Ripoteau, médecin de première classe, du cadre de Cherbourg, est affecté, sur sa demande, au 2e d'artillerie de marine à Brest. — M. Rapuc, médecin de deuxième classe, en excédent au 1er d'artillerie de marine à Lorient, est affecté, sur sa demande, à la 5e compagnie d'ouvriers d'artillerie de marine à Toulon, en remplacement de M. le Dr Porre.

M. Delisle, médecin principal du cadre de Cherbourg, remplacera,sur sa demande, au 1er d'infanterie de marine à Cherbourg, M. le docteur Rémond ; — M. Castellan, médecin de première classe d'infanterie de marine à Cherbourg,

est placé, sur sa demande, au 8e de l'arme à Toulon, en remplacement de M. le docteur Gastinel ; — M. Damany, médecin de première classe du service général à Cherbourg, est placé, sur sa demande, au 1er d'infanterie de marine, au même port, en remplacement de M. le docteur Castellan ; — M. Aurégan, médecin de deuxième classe, en excédent au 1er d'artillerie à Lorient, est placé au 1er d'infanterie de marine à Cherbourg ; — M. Lefebvre, médecin de première classe au 5e d'infanterie de marine à Cherbourg, est placé, sur sa demande, au 1er d'artillerie de marine à Lorient ; — M. Pons, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour servir au 5e d'infanterie de marine à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Lefebvre ; — M. Daniel, médecin de deuxième classe du cadre général à Brest, est appelé, sur sa demande, à servir au 5e d'infanterie de marine à Cherbourg ; — M. Quédec, médecin de première classe du service général à Brest, est placé sur sa demande, au 2e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Sévère ; — M. Chalibert, médecin de deuxième classe en excédent au 4e d'infanterie de marine, à Toulon, est placé au 2e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Mailliu ; — M. Micholet, médecin de deuxième classe, en excédent au 4e d'infanterie de marine, à Toulon, est placé au 2e d'infanterie de marine à Brest ; — M. de Séguy, médecin de première classe, du service général à Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir au 6e au même port, en remplacement de M. le docteur Dubois ; — M. Duranton, médecin de deuxième classe, en excédent au 4e d'infanterie de marine à Toulon, est affecté au 6e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Denis (A.), promu de première classe ; — M. Géraud, médecin principal du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au 3e d'infanterie de marine à Rochefort, M. le docteur Ludger, réintégré, sur sa demande, au service général.

— MM. Ludger et Rémond, médecins principaux provenant du service des troupes en France, sont affectés au service général, le premier à Rochefort, le second à Cherbourg. — MM. Mailliu et Pierre, médecins de deuxième classe, provenant du service des troupes en France, sont affectés au service général, le premier à Brest, le second à Toulon. — M. Coppin, médecin de première classe du service général à Brest, est affecté sur sa demande au port de Cherbourg. — M. Desmond-Sicard, médecin de première classe, du cadre général, à Lorient, résidant à l'hôpital de Cherbourg, est affecté sur sa demande à ce port. — M. Audibert, médecin de première classe, du cadre général à Cherbourg, est affecté sur sa demande, au cadre général, à Toulon. — M. Durand, médecin de première classe, du cadre de Rochefort, embarqué sur le *Galilée*, est affecté au port de Brest sur sa demande. — M. Labadens, médecin de première classe, du cadre de Brest, embarqué sur le *Duguay-Trouin*, est affecté, sur sa demande, au port de Rochefort. — M. N. Nollet, médecin de première classe, du cadre de Cherbourg, actuellement à l'Ecole de pyrotechnie, est affecté, sur sa demande, au port de Toulon. — M. Guillarmou, médecin de première classe, du cadre de Lorient, embarqué sur la *Saône*, est rattaché, sur sa demande, au port de Brest.

Hôpitaux thermaux militaires. — Par décision ministérielle, en date du 12 mai 1898, M. le médecin aide-major de première classe Lanne, du 76e d'infanterie, a été désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1899, à l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault, en remplacement de M. le médecin aide-major de première classe Dusolier.

Sociétés de secours mutuels. — Par arrêté, en date du 5 mai 1899, MM. les docteurs Jacques Bertillon, chef du service de la statistique à la préfecture de Seine, et Gariel, membre de l'Académie de médecine et membre du conseil supérieur de la statistique, sont nommés membres de la commission chargée d'établir les tables de mortalité et de morbidité applicables aux sociétés de secours mutuels.

Un Eden pour les étudiants. — A la faculté de médecine du Caire, non seulement les étudiants ne paient ni droit d'inscription, ni droit d'examen, mais, de plus, ils reçoivent une allocation mensuelle de 50 francs. Mieux encore, on a installé à leur usage un grand restaurant gratuit. Ces libéralités, qui feront rêver les carabins tassés sur les bancs de nos amphithéâtres, ont été imposées au gouvernement pour ramener les étudiants indigènes ; ceux-ci avaient déserté la Faculté avec un ensemble touchant lors de l'envahissement de l'Egypte par les Anglais.

(*Le Scalpel*).

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Cie P. L. M. organise, avec le concours de l'Agence des « Voyages Economiques », deux excursions en Italie avec retour par le Saint-Gothard et le Lac des Quatre Cantons, du 26 mai au 11 juin pour la première et au 22 juin pour la seconde.

Prix (tous frais compris) : 1re cl. 560 fr., et 870 fr. 2e cl. 495 fr. et 775 fr. suivant l'itinéraire choisi.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des « Voyages Economiques », 10, rue Auber et 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Nécrologie. — Le docteur Sibut, médecin de la mission Gentil, débarqué à Banane (Congo), le 28 mars, n'a pas pu suivre la mission. Il est revenu à Libreville par le *Stamboul*, et a succombé deux jours après son retour à un accès de fièvre pernicieuse. — Le Dr Marcellin Duval, ancien directeur du service de santé de la marine, qui avait fait de remarquables travaux de médecine opératoire, vient de mourir à Brest, à l'âge de 92 ans. — Le Dr Caradec, de Toulon, reçu en 1880. — Le Dr Cros, de Montpellier, reçu en 1861. — Le Dr Vaucher, de Paris, reçu en 1889.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*